

## ACREDITACIÓN DE LA CALIDAD EN AP

Coordinadora de la serie: Laura Palacios

# Metodología utilizada para la acreditación externa en calidad en un centro de salud

Montserrat Gens Barberà, Laura Palacios Llamazares, Nuria Hernández Vidal y Elisa Vidal Esteve

ilar papers at [core.ac.uk](http://core.ac.uk)

El Centro de Salud de Salou es un centro acreditado desde el año 2004 en calidad asistencial según los estándares de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) aplicables a la atención primaria y re-acreditado en 2007. La acreditación se basa en una auditoría externa que evalúa once funciones que valoran diferentes aspectos de la calidad, identifican procesos clave y definen estándares aceptables para garantizar un nivel de calidad total<sup>1</sup>. La obtención del certificado de acreditación indica que el centro de salud ha sido evaluado y que cumple los estándares definidos por la JCAHO. Dicho certificado es válido durante 3 años. Para desarrollar esta mejora continua en busca de la calidad total, el centro ha elaborado un plan de calidad centrado en las líneas estratégicas definidas por el centro y en concordancia con las líneas estratégicas del Institut Català de la Salut<sup>2</sup>. Para ello utilizamos una metodología específica que integra evaluación y reevaluación de los diferentes estándares según la JCAHO.

## Metodología de acreditación externa

### Identificación de oportunidades de mejora

El ciclo de mejora se inicia con la identificación de oportunidades de mejora<sup>3-5</sup>. El centro dispone de diferentes sistemas de detección de oportunidades de mejora:

1. Reevaluación sistemática de los diferentes procesos clave identificados en el manual de acreditación según la JCAHO. Se elabora una hoja de registro (fig. 1). Se registra: la persona (nombre y apellidos) que va a reevaluar el proceso clave, la función a la que pertenece el proceso clave, el equipo de mejora (formado por un responsable, el líder y los colaboradores), la definición del proceso clave, la

## Puntos clave

- La calidad de los servicios sanitarios puede ser evaluada con diferentes metodologías.
- En una dinámica de mejora continua, debemos plantearnos: qué hacemos, cómo lo podemos demostrar, qué resultados obtenemos y cómo los podemos mejorar.
- La metodología descrita nos ha servido para conseguir la acreditación del centro de salud según la JCAHO, garantizando el cumplimiento de los estándares.
- Independientemente del modelo que utilice cada organización para garantizar la calidad de servicios, es importante establecer una dinámica de identificación de problemas, que facilite la instauración de una mentalidad de mejora continua entre todos los profesionales del centro.

pauta de actuación (revisión de algún protocolo o procedimiento ya existente o elaboración de uno nuevo; día en que dicho proceso clave se presentará en sesión clínica, propuesta de codificación en nuestro sistema de historia clínica informatizada y finalmente la elaboración de un indicador). Firma la comisión de calidad y del responsable del proceso clave.

Centro de Salud Salou. Salou. Tarragona. España.

Correspondencia:  
M. Gens Barberà.  
Centro de Salud Salou.  
Carrilet, s/n. 43840. Salou. Tarragona. España.  
Correo electrónico: [mgens@camfic.org](mailto:mgens@camfic.org)

Manuscrito recibido el 11-4-2008.  
Manuscrito aceptado para su publicación el 28-4-2008.

**Palabras clave:** Metodología. Calidad. Acreditación.

Nombre y apellidos  
Función:      Responsable:      Líder:      Colaboradores:  
Proceso clave:  
Pautas de actuación:  
Revisión del protocolo o el procedimiento ya existente en el centro, relacionado con el proceso clave a mejorar  
Elaboración del protocolo o procedimiento  
Presentación en sesión clínica, fecha:  
Propuesta de codificación (registro informático) en el sistema informático (e-CAP) del proceso a mejorar  
Propuesta de un indicador de seguimiento  
Firma del responsable del proceso clave      Firma del responsable de calidad

**FIGURA**  
**1**

Hoja de registro.

- ✓ Descripción del problema o situación a mejorar
  - ✓ ¿A cuántos y qué usuarios afecta?
  - ✓ ¿A qué profesionales afecta?
  - ✓ ¿Cuáles pueden ser las causas?
  - ✓ ¿Cómo se podría solucionar o mejorar la situación?
- Firma del profesional                      Fecha

**FIGURA  
2**

Problem reports.

- ✓ Problema o situación de mejora planteada
- ✓ Análisis de la situación
- ✓ Alternativas a la oportunidad de mejora
- ✓ Propuesta de solución
- ✓ Firma de la comisión de calidad y firma de la dirección del centro
- ✓ Fecha resolución

**FIGURA  
3**

Hoja de respuesta a Problem reports.

2. Identificación de oportunidades de mejora mediante la hoja «Problem reports»<sup>3</sup> (fig. 2) por parte de todo el personal. Esta hoja se encuentra en la intranet del centro a disposición de todo el personal, posteriormente se deposita en el buzón de sugerencias situado en la zona de descanso. «Problem reports»<sup>3</sup> es una hoja de identificación de oportunidades, donde se refleja la situación que se quiere mejorar, personas (usuarios o pacientes) afectados, posibles causas y sugerencias de soluciones. La petición puede ser nominal o anónima. Semanalmente la comisión de calidad analiza y plantea posibles soluciones y elabora la «Hoja de respuesta» (fig. 3) formada por: identificación de la situación de mejora planteada, análisis de la situación, alternativas a la oportunidad de mejora, propuestas de solución, firma del responsable de la comisión de calidad y el equipo directivo con la fecha de resolución. Se notifica al interesado directamente y en sesión clínica en un plazo máximo de 30 días. Si la situación planteada y analizada no puede ser resuelta de forma rápida, se elabora un plan de mejora.

3. Sugerencias, reclamaciones del usuario y encuesta de satisfacción (cliente interno y externo).

4. Escucha activa<sup>3</sup> de la opinión del cliente externo. Hoja de registro que recoge la opinión de los usuarios realizada de forma espontánea en relación con las expectativas, percepciones y posibles decepciones en la atención mientras se encontraban en el centro de salud.

5. Monitorización de los indicadores de mejora<sup>3-6</sup>. Mediante la monitorización de los indicadores también podemos cuantificar el grado de cumplimiento del estándar y detectar posibles oportunidades de mejora según el resultado.

## Priorización

La priorización se realiza mediante dos métodos:

1. Reevaluación sistemática de todos los procesos clave identificados en el manual de acreditación según el modelo JCAHO. Este sistema de acreditación tiene una puntuación de 1 a 5 en función de la consecución del estándar. Puntuación de 3 o mayor indica que nos encontramos ante un proceso clave que no cumple el estándar objetivo definido por la JCAHO, y puntuación de 2 o menor nos indica que dicho proceso clave cumple con el estándar objetivo. La puntuación de los diferentes procesos clave nos da una priorización, primero se priorizan los procesos clave con puntuación de 3 o mayor y posteriormente se reevalúan los procesos clave con puntuación 1-2 con el objetivo de mantener el estándar.
2. Para los otros sistemas de identificación de oportunidades de mejora, se utiliza la priorización según criterios de Hanlon<sup>1,7</sup> (fig. 4).

## Análisis de las oportunidades de mejora

Para poder analizar las diferentes oportunidades de mejora se crean equipos de mejora formados por:

- Responsable de la función, cuyo objetivo es velar por el cumplimiento de toda la función del manual de acreditación.
- Líder del proceso clave, cuyo objetivo es dar soporte al responsable de la función y coordinar todos los recursos ne-

### Magnitud del problema (M)

Nombre de personas afectadas por el problema, en relación con la población total  
(puntos: 0-10)

### Severidad del problema (S)

Relacionado con la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad o el riesgo para el cliente  
(puntos: 0-10)

### Eficacia de la solución (E)

En función de la factibilidad o la dificultad de la solución  
(puntos: 0,5-1,5)

### Factibilidad de la intervención (F)

Factores que influyen en la factibilidad: pertinencia económica, aceptabilidad, disponibilidad de recursos y legalidad  
(puntos: 0 o 1 para cada uno de ellos)

**Orden de prioridad: (M + S) E × F**

**FIGURA  
4**

Criterios de priorización del método de Hanlon.

Responsable del grupo de intervención		
Qué (proceso)	Quién (líder)	Cuándo (fecha)

**FIGURA 5**

Plantilla organizativa.

cesarios para reevaluar o evaluar los diferentes estándares relacionados con la función.

– Colaboradores, cuyo objetivo es reevaluar uno o varios procesos clave.

#### *Plantilla organizativa*

Se elabora una plantilla organizativa (fig. 5) donde se registra: responsable del grupo de intervención de la función; descripción de los diferentes procesos clave de la función, asignación de un líder a cada proceso clave y fecha de evaluación.

#### *Plantilla de actividades y seguimiento*

De cada proceso clave se elabora una plantilla de actividades y seguimiento (fig. 6). En dicha plantilla se registra: proceso clave a analizar con el motivo que ha ocasionado la oportunidad de mejora y la puntuación de partida (de 1 a 5, según la auditoría). En la columna «Actividades» se van registrando las que se realizan para mejorar el problema. En la columna «Responsable» se identifican los diferentes profesionales que realizan las diferentes actividades.

#### *Elaboración del procedimiento*

Al finalizar la fase de análisis, el equipo de mejora, tras consensuar el plan de acción, elabora un procedimiento (fig. 7) donde se recoge de forma clara y objetiva el modo de actuar de los profesionales del centro.

En la cabecera de la primera página del procedimiento aparece el título y en apartados diferenciados el número de páginas, el número de copia controlada, la edición y el código; en la parte inferior, aparece el equipo de mejora que lo ha realizado, la fecha de elaboración, de revisión por la comisión de calidad y de aprobación por la dirección del centro; se incluye otro apartado en el que aparece la fecha de aplicación y vigencia. Posteriormente, se redacta el procedimiento que debe incluir los siguientes apartados: objetivo, ámbito de aplicación, referencias, responsabilidad y descripción del procedimiento.

Tema: problema o proceso clave											
		Mes									
Problemas	Actividades	3	4	5	6	7	8	9	10	Responsable	
Identificación del motivo que ocasiona el problema clave	Actividades que se realizan para solucionar el problema 1. Ordenar de forma cronológica las diferentes actividades que se realizan para solucionar el problema: S19 (S: sesión, 19: día del mes en que se ha realizado la actividad, en este caso abril)	(1)	S 19							Identificación de los responsables de la actividad	

**FIGURA 6**

Plantilla de actividades y seguimiento.

Título: problema clave				
Páginas 1/1	Copia controlada N.º 1	Edición 1	Código 0001/04	Fecha de vigencia
Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Aplicación	
Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:
Firma	Firma	Firma		

1. Objetivo
2. Ámbito de aplicación
3. Referencias
4. Responsabilidades
5. Procedimiento

**FIGURA 7**

Elaboración del procedimiento.

## Medición de la calidad

### *Monitorización*

La monitorización se realiza mediante la evaluación sistemática de los indicadores<sup>3,5,6</sup> seleccionados por los equipos de mejora en relación con las diferentes funciones del manual de acreditación.

### *Difusión*

*Difusión interna.* Todos los documentos (guías, protocolos, procedimientos, planes educativos, etc.) y planes de acción consensuados por los diferentes equipos de mejora se presentan en sesión clínica para todo el personal del centro. Posteriormente, dicha documentación se introduce en la intranet del centro.

*Difusión externa.* Presentación de nuestros planes de mejora en congresos, jornadas y publicaciones. Intercambio de experiencias con otros centros e instituciones. Difusión a nuestra comunidad mediante medios de comunicación locales (radio, prensa local) y obtención de premios de calidad (Premio FAD de Calidad Asistencial años 2005 y 2008).

## Bibliografía

1. Manual de acreditación de atención ambulatoria según los estándares de la Joint Commission International. Fundación Avedis Donabedian; 2002.
2. Líneas estratégicas del Institut Català de la Salut, 2004-2007 [citado 28 Mar 2008]. Disponible en: [www.gencat.net/ics](http://www.gencat.net/ics)
3. Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria. Tomo II. Madrid: Dupont Pharma; 1997. p. 17-45.
4. Davins J, Avellana E, Marquet R. Mejora de la Calidad en Atención Primaria de cuatro años de un programa de mejora de la Calidad. *Aten Primaria*. 1995;16:80-8.
5. Comissió de Millora de la Qualitat de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Implantació d'un Programa de la Qualitat a l'Atenció Primària de Salut. Guia pràctica. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Barcelona: Edide; 1994.
6. Rooney A, VanOsterberg P. Serie de perfeccionamiento de la Metodología de Garantía de Calidad. Licencia, Acreditación y Certificación: enfoques para la evaluación y administración de la calidad de los servicios de salud. El proyecto de Garantía de la Calidad. USAID. 1999.
7. Hanlón JJ, Pickett GE. Public Health Administration and Practice. St Louis: Times Mirror/Mosby; 1984.